LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Ophtalmologie : Simulation d'amblyopie double attribuée à la lumière des éclairs, par M. de Beauvais, 257. — **Bibliographie** : Atlas manuel d'ophtalmoscopie, par MM. Haab, Terson et Cuénod, 260 — **Revue de la presse** : Le régime dans l'étiologie et le traitement des maladies de la peau, 260. — **Académie des sciences** : *Séance du 13 avril.* — Présidence de M. Cornu. — Les températures animales dans les problèmes de l'évolution, 261. — **Académie de médecine** : *Séance du 21 avril 1896.* — Présidence de M. Hervieux, 262. — Remèdes secrets, 262. — Prix Audiffred, 262. — La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, 262. — Traitement hydrominéral des angines et des pseudo-angines de poitrine, 263. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 17 avril.* — Présidence de M. d'Heilly, 263. — Communication interventriculaire, 263. — Le pouls anacrote dans le rétrécissement aortique, 263. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : Eruption bulleuse simulant les éruptions bromiques, 264 — Dysphagie de la période secondaire de la syphilis, 264. — Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire, 264. — 3 cas de leucémie avec adénopathies énormes et prurigo intense, 264. — Syphilis tertiaire. Cachexie aiguë. Mort. Autopsie, 264. — Gale traitée par le baume du Pérou, 265. — Durée de la contagion dans les cas bénins de syphilis, 265. — Desquamations linguales tardives, 265. — **Société de chirurgie** : *Séance du 22 avril.* — Présidence de M. Monod, 265. — Luxation congénitale de la hanche, 265. — Trachéotomie et laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, 265. — Actynomycose de la région massétérine, 266. — Tuberculose épididymaire, 266. — Tumeur du plancher de la bouche, 266. — **Nouvelles**, 264.

OPHTALMOLOGIE

Simulation d'amblyopie double attribuée à la lumière des éclairs (1)

Par M. de Beauvais

La simulation, sous toutes ses formes et variétés, est l'écueil des infirmeries, des prisons, et le médecin doit toujours être sur ses gardes. Il faut, néanmoins, écarter la suspicion de parti pris, mais la plus grande réserve nous est imposée avant de porter un diagnostic ferme dans les cas douteux.

Le fait que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de médecine de Paris me paraît intéressant, d'abord par sa rareté, puis par le concours de circonstances exceptionnelles dans lesquelles il s'est présenté. Depuis 25 ans que je dirige le service médical de Mazas, c'est le premier cas de ce genre que j'ai observé.

La simulation de la folie, surtout du délire des persécutions, est fréquente et banale, et nos distingués confrères aliénistes sont souvent appelés, en dernier ressort, à nous éclairer sur ce point et à formuler un diagnostic ferme, établi par une étude prolongée du soi-disant malade, qui joue parfois son rôle avec autant d'insistance que d'habileté et de mise en scène.

Dans certains cas, j'ai vu la nécessité de contre-expertiser pour trancher, d'une façon définitive, la question de ces faits douteux et embarrassants.

Voici d'ailleurs la relation exacte de cette simulation d'amblyopie double, attribuée par le détenu à la lumière intense des éclairs pendant un orage violent, survenu dans le cours de la nuit.

Le 18 juillet, un surveillant amène au cabinet de consultation, le tenant par le bras, le nommé F..., courtier en vins, âgé de 53 ans, écroué à Mazas le 11 juillet 1895, sous l'inculpation de menaces de mort par écrit, condamné à six mois d'emprisonnement avec interdiction de séjour à Paris.

Cet homme avait déjà été condamné, le 10 mai 1894, à huit mois de prison pour abus de confiance et escroquerie, et avait subi sa peine à Mazas.

Pendant cette première détention, il n'avait jamais réclamé nos soins, à aucun titre. Conduit auprès de nous, F... semble en proie à un violent désespoir, il pleure à chaudes larmes et nous raconte les faits suivants : dans la nuit du 16 au 17 juillet, vers 11 heures du soir, il fut éveillé par le bruit de l'orage, qui était à ce moment d'une grande violence. Il était couché sur son hamac, placé transversalement dans une cellule simple de la 4e division, dont l'orientation est au levant.

Il avait le visage tourné du côté du vasistas ; il regardait machinalement les éclairs intenses qui se succédaient rapidement.

Il en fixa plusieurs sans ressentir rien d'anormal, mais tout à coup, dit-il, quoiqu'il entendît parfaitement les éclats du tonnerre, il ne distingua plus rien. Il fut très surpris de ce changement subit, mais il l'attribua à l'obscurité de la nuit, et, sans attacher aucune importance à ce fait, il se rendormit.

Ce n'est que le lendemain matin, vers six heures, à son réveil, qu'il se rendit compte qu'il ne voyait plus.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

Frappé d'épouvante, il se mit à pleurer abondamment, à se plaindre, appela le surveillant et réclama la visite du médecin.

Il se présente à notre cabinet, soutenu et conduit par le gardien, dans l'attitude suivante :

Le corps droit, les yeux tournés vers le plafond, le regard fixe et vague, le visage contracté par le désespoir, inondé de larmes qui coulent abondamment le long des joues, la marche plutôt raide qu'hésitante et incertaine.

Après lui avoir fait raconter, en détails, l'accident arrivé la nuit, je procède à l'examen des deux yeux.

Il n'y a pas de congestion de la conjonctive ni de la cornée. Les pupilles sont plutôt un peu contractées, elles sont peu sensibles à l'impression d'une lumière vive approchée du visage ; dans l'obscurité, elles se dilatent légèrement.

Le malade ne se plaint d'aucune douleur dans la tête et prétend ne rien voir ni distinguer,

Ces allégations absolues me frappent, m'intéressent, mais, je l'avoue, me laissent défiant et un peu incrédule, malgré cette mise en scène très habile.

Je prescris néanmoins un traitement assez actif : un vésicatoire à la nuque, des frictions alcooliques stimulantes, additionnées de teinture de noix vomique sur les tempes et le front, et pour combattre la surexcitation nerveuse à l'intérieur deux grammes de bromure de potassium. De plus, je fais admettre d'urgence ce malade dans une cellule double de l'infirmerie avec deux co-détenus, chargés de le surveiller et de l'aider.

Ne voulant pas prolonger mon incertitude et mon doute, je priai mon excellent confrère et mon ami, le Dr Trousseau, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts, de venir examiner avec moi ce cas curieux d'amblyopie double subite attribuée par le détenu à la lumière intense des éclairs.

Le 30 juillet, le Dr Trousseau se rendit à mon appel.

Je ne saurais mieux faire que de vous communiquer le texte même de la note particulière qu'il m'a remise à ce sujet, après un examen sérieux et complet du détenu,

Note du Dr Trousseau. — Le malade se présente la tête basse et les paupières légèrement abaissées. (Ce n'est pas l'attitude des amaurotiques). Il dit, depuis l'accident auquel il attribue la perte de sa vue, ne même pas voir la lumière d'un œil ou de l'autre.

Extérieurement, le globe oculaire et ses annexes ne présentent rien d'anormal. Il n'y a pas trace d'anciennes maladies de ces organes.

Aucune paralysie des paupières ou des muscles de l'œil, mobilité du globe parfaite.

Les pupilles sont plutôt rétrécies, ou mieux leur dilatation paraît au-dessous de la normale. Elles réagissent à la lumière, quoique le réflexe lumineux paraisse légèrement diminué.

Après atropinisation, le fond de l'œil est reconnu absolument sain.

A peine pourrait-on signaler une légère hyperémie des papilles, et encore cette hyperémie est-elle peut-être l'état habituel du fond de l'œil.

La cornée est sensible aux attouchements.

Le malade accusant une double cécité complète, il il n'y avait pas lieu à rechercher aucunement le champ visuel ou les couleurs.

Le 8 août, cet homme fut transféré à la Conciergerie pour son jugement d'appel qui fut confirmé. Il se pourvut en cassation. Il revint à Mazas le 14 août ; je le revis alors et le replaçai immédiatement dans une cellule double avec deux co-détenus.

L'amblyopie, au dire du malade, persiste au même degré, même cécité absolue, même état nerveux, pleurs spontanés dès qu'on l'interroge, contraction légère des pupilles sous l'influence d'une vive lumière approchée des deux yeux, dilatation peu prononcée dans le cabinet noir.

Peu de jours après je partais en vacances jusqu'au 1er octobre.

Le 24 septembre, F... fut examiné tout particulièrement par le Dr Dehenne, chargé officiellement par la préfecture de police des soins spéciaux à donner dans les prisons de la Seine aux détenus atteints de maladies des yeux.

Le 26 septembre, le pourvoi ayant été rejeté, il fut transféré à Sainte-Pélagie et de là à l'infirmerie centrale de la santé pour y être traité spécialement par le Dr Dehenne.

Il revint à Mazas le 14 novembre et fut remis en cellule double jusqu'à sa libération définitive, qui eut lieu le 8 décembre.

Il est donc resté à Mazas en trois fois pendant 87 jours en cellule double avec six prisonniers différents.

Pas un d'eux n'a pu se prononcer ni dire affirmativement et avec conviction que cet homme était réellement aveugle.

Cependant, certains jours ils semblaient croire qu'il simulait, mais le lendemain ils prétendaient s'être trompés.

F... lui-même parfois disait apercevoir les rayons du soleil qui pénétrait par le vasistas entr'ouvert. Un jour, que le soleil était très vif, je le fis venir dans mon cabinet, et je lui demandai s'il distinguait quelque chose, il me répondit que non.

Le malade n'avait pas toujours la démarche d'un aveugle véritable, car il marchait avec trop d'assurance, et se dirigeait, sans la moindre hésitation, vers les objets placés dans la cellule, dont il pouvait avoir besoin pour son traitement.

Permettez-moi, maintenant, de vous soumettre dans sa teneur exacte la note que le Dr Dehenne, qui a suivi longtemps et avec intérêt ce détenu, m'a remise pour me communiquer son diagnostic ferme et le

résultat de ses investigations renouvelées, à plusieurs reprises, depuis le 24 septembre jusqu'à la veille de la libération définitive, c'est-à-dire le 18 décembre.

Note du Dr Dehenne. — Mon cher maître, vous m'avez fait l'honneur de me demander mon avis sur le cas du nommé F..., détenu à Mazas, qui, disait-il, avait perdu la vue subitement dans la nuit du 16 au 17 juillet, pendant un orage d'une grande violence, après avoir fixé les éclairs pendant quelques secondes.

Je vous dirai, tout de suite, que cette étiologie n'a aucun caractère scientifique. Il est admis dans le peuple que l'on peut devenir aveugle si l'on regarde les éclairs. Pour ma part, je n'ai pas pu trouver un seul fait qui démontre le bien fondé de cette croyance. Depuis vingt-deux ans que je m'occupe d'ophthalmologie, je n'ai pas rencontré un seul cas de cécité produite par la simple lueur des éclairs.

Aucun des auteurs qui, depuis trente-cinq ans, a écrit sur la matière, n'a publié un fait probant. Aucun traité classique n'en fait mention. Dans les ouvrages récemment parus, celui du professeur Panas, quelques lignes sont consacrées aux effets de la foudre, mais non de l'éclair, et il s'agit de lésions qui n'ont aucun rapport avec le fait qui a été l'objet de mon examen. L'action de l'éclair sur l'œil paraît être une légende populaire.

Si j'insiste sur ce point, c'est que cette étiologie était tout à fait dans les cordes de notre détenu, qui n'avait pas dû faire un grand effort d'imagination pour la trouver.

Probablement aussi, déjà ancien prisonnier, car il avait plusieurs condamnations à son actif, il savait qu'il était plus facile de simuler la cécité complète que la simple diminution de l'acuité visuelle de l'un des deux yeux.

Quoi qu'il en soit, je fus appelé à l'examiner le 24 septembre. Vous connaissez l'homme, je n'ai pas besoin de vous en faire la description. Grand, sec, maigre, le regard vague et fixe, trop fixe même, pleurant à la moindre question qu'on lui posait, il vint vers moi, et, peut-être surpris de me voir, s'assit sur la chaise que je lui montrai, sans la moindre hésitation. Tout d'abord, sa cécité me parut trop absolue. Il ne voyait même pas la lumière d'une forte lampe à huile, à dix centimètres de distance. En mettant les choses au pis, en supposant que la lueur de l'éclair eût provoqué une neuro-rétinite, ou une névrite optique, voire même une atrophie consécutive à la névrite, et cela du 17 juillet au 24 septembre, la perte de la vision n'aurait jamais été aussi complète. Mais rien de tout cela n'existait. Les réflexes pupillaires étaient parfaitement conservés des deux côtés ; quant aux milieux et aux membranes profondes de l'œil, ils étaient intacts, à droite comme à gauche.

Mon examen terminé, il adressa la parole au directeur qui était à mes côtés, mais dont il devait ignorer la présence, car avant de faire entrer le malade dans le cabinet noir, j'avais demandé aux personnes qui m'entouraient de ne faire aucun bruit, comme si l'examen devait être fait en présence du seul gardien qui l'avait amené de sa cellule.

À mon avis, cet individu simulait. Pourquoi? Parce qu'il voulait rester à Mazas, où il faisait son temps en cellule. Il lui répugnait fort d'aller dans une autre prison, où il aurait fait sa peine en commun, car il est récidiviste, ce qui l'empêche de bénéficier de la réduction de la peine, de droit en cellule.

Je ne lui dis pas que je croyais à la simulation, et je le soignai comme s'il était atteint d'amblyopie nerveuse, hystérique (courants continus, injections de strychine aux tempes, préparations bromurées).

Au bout de quelques jours il avoua une légère amélioration. Puis, il fut envoyé à l'infirmerie centrale à la prison de la Santé, où j'eus l'occasion de l'observer jusques dans les premiers jours de décembre.

Aucune modification ne se produisit dans son état. Pourquoi continuait-il à simuler? Parce qu'il y avait contre lui un arrêt d'interdiction de séjour, après sa sortie de prison, arrêt qu'il espérait bien faire rapporter, étant donnée sa cécité absolue.

Le 18 décembre, le prisonnier fut libéré, se rendit chez son fils, et trois jours après quitta Paris pour se rendre à Premery (Nièvre). *Il a entrepris seul son voyage.*

Voilà, mon cher maître, tous les renseignements qu'il m'est possible de vous donner. Je les aurais voulus plus complets, plus scientifiques, plus sûrs. Tout ce que je puis affirmer, c'est que cet homme ne présentait aucune lésion de l'œil, cinq mois après le début de sa cécité, ce qui est tout à fait improbable. Le laps de temps écoulé, une amblyopie d'origine nerveuse (et elles sont bien rares) s'accompagne toujours de lésions atrophiques de la papille. Les réflexes pupillaires étaient normaux.

Et puis, je le répète, je ne connais pas dans la science un seul exemple de cécité survenant à la suite d'un éblouissement produit par un éclair, et pas un seul exemple de cécité complète, dans laquelle l'ophthalmoscope ne peut pas dévoiler la plus minime lésion des milieux ou des membranes profondes.

Je n'ai rien à ajouter à cet exposé si net, si complet et si bien motivé de mon excellent confrère et ami le Dr Dehenne, qui vient six semaines après confirmer l'opinion du Dr Trousseau, après avoir examiné à plusieurs reprises le soi-disant aveugle, et contrôlé le premier résultat de ses investigations. Je dois rappeler que ce prisonnier a été à trois intervalles mis en cellule double avec six détenus différents qui, sur ma recommandation, l'observaient avec le plus grand soin, le jour et la nuit.

L'un d'eux, homme fort intelligent et instruit, m'a

dit que malgré son observation attentive et continue, il ne pouvait formuler une opinion ferme, et affirmer, en toute conscience, si le détenu était réellement aveugle ou simulateur.

Pour moi, je partage entièrement le diagnostic de M. le Dr Dehenne, si compétent en pareille matière, et je crois fermement à la simulation de l'amblyopie, jusqu'au dernier jour, dans le but avéré et reconnu d'éluder l'interdiction de séjour et de pouvoir rester à Paris auprès de sa famille.

Ce fait singulier, étudié avec le plus grand soin par deux ophthalmologistes très habiles, et suivi par moi jusqu'au dernier moment, m'a paru digne de vous intéresser par sa rareté, par le concours des circonstances exceptionnelles dans lesquelles il s'est produit et par la cause présumée, invoquée avec intelligence et habileté par le prévenu, en temps utile, pour atteindre le but qu'il poursuivait avec tant d'opiniâtreté.

M. le Dr Magnan, qui a vu avec moi le malade à Mazas, m'a cité à ce propos un fait de simulation de cécité complète, qu'il voulait à toute force déjouer.

Un jour, il venait d'examiner à nouveau ce soi-disant aveugle. Il lui dit qu'il pouvait quitter le cabinet de consultation.

Il avait, à dessein, laissé la porte de sortie à demi entr'ouverte. Il espérait que cet homme chercherait à éviter cet obstacle.

Loin de là, il préféra se heurter violemment la tête, pour ne pas se trahir.

Un autre individu simulait une surdité complète. Rien n'avait pu lui faire avouer sa supercherie. On lui banda les yeux, on le conduisit sur le bord d'une rivière, dont le cours rapide produisait un bruit assez fort. Le simulateur se laissa tomber dans l'eau, plutôt que de se faire prendre en faute de tromperie.

Donc la persévérance d'un habile simulateur ne doit pas troubler le médecin expert et lui faire modifier sa conviction sérieusement acquise. Il doit, en toute conscience, dans son rapport discuté et fortement motivé, formuler son opinion dans ces cas douteux et embarrassants.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas manuel d'ophthalmoscopie, par O. Haab, profr de clinique ophtalmologique à l'Université de Zurich, édition française par les Drs Albert Terson et A. Cuénod. Un vol in-16, 244 p., avec 64 planches chromo-lithographiées et 13 figures dans le texte. Paris J. B. Baillière et fils, 1896.

Les Drs Albert Terson et A. Cuénod doivent être félicités pour l'heureuse idée qu'ils ont eue de traduire un ouvrage dont nous avions à peu près l'analogue dans notre littérature ophtalmologique francaise, mais sous une forme un peu différente et qui vient très utilement remplir une place peu occupée. Ces félicitations doivent être d'autant plus vives que les notes ajoutées par Albert Terson font de cet ouvrage un manuel complet d'ophthalmoscopie appelé à rendre de très grands services. Voici d'ailleurs le plan de l'ouvrage.

Une première partie est consacrée à la théorie de l'ophthalmoscopie et à ses divers usages pour la détermination objective de la réfraction et de l'astigmatisme, à l'image droite ou par la skiascopie, et pour l'examen des détails du fond de l'œil, soit à l'image droite, soit à l'image renversée.

La seconde partie, qui est de beaucoup la plus considérable et la plus importante, est composée de 64 planches en chromo-lithographie accompagnées d'une légende suffisamment détaillée. Ces planches sont très bien faites; elles représentent d'une façon très exacte la plupart des lésions du fond de l'œil. Leur étude ne peut assurément remplacer l'examen ophthalmoscopique, mais elle facilitera grandement la tâche de ceux qui voudront se rendre compte par eux-mêmes de l'état des membranes profondes dans les maladies générales et utiliser l'ophthalmoscope, cet instrument de diagnostic le plus indispensable pour tous les médecins.

M. Terson a annoté les deux premières parties en petit texte. Il a écrit tout entière une troisième partie intitulée : lésions ophthalmoscopiques dans les maladies générales. Ainsi il ne s'agit pas ici des phénomènes oculaires que l'on rencontre dans les maladies générales, ce que bien des lecteurs seront tentés d'y chercher, mais seulement des lésions ophthalmoscopiques. Ce livre est d'ailleurs un manuel d'ophthalmoscopie. Cette partie forme un tout complet qui pouvait prêter à de larges développements. Les lésions ophthalmoscopiques sont nombreuses et souvent caractéristiques dans les maladies nerveuses, en particulier dans le tabès, les méningites, les tumeurs cérébrales, les traumatismes, dans les maladies de l'appareil digestif, comme le diabète, dans les maladies du cœur ou du sang, dans les maladies des reins, dans la syphilis. Dans un certain nombre de ces cas le diagnostic se fait par l'ophthalmoscope bien avant qu'il ne soit possible par les moyens ordinaires. On ne saurait donc trop regretter que si peu de médecins se servent habituellement de l'ophthalmoscope, ce qui cependant leur serait relativement facile, avec l'ouvrage de Haab et Terson.

A. Chevallereau.

REVUE DE LA PRESSE

Le régime dans l'étiologie et le traitement des maladies de la peau. — Walter G. Smith. D'après la *Deutsche med. Zeit.* 17, 1896. — L'influence

de l'alimentation dans l'étiologie des maladies de la peau est beaucoup plus faible qu'on ne l'admet. On ne sait d'ailleurs que peu de choses sur ce sujet. Comme il faut compter avec les idosyncrasies, il faut se garder de formuler des prescriptions générales, et, au dire de G. Smith, un malade intelligent et sobre sait mieux que son médecin ce qui lui convient et ce qui augmente ses désordres.

L'alimentation peut retentir sur la peau de plusieurs manières. D'abord elle peut influer par la nutrition générale de l'organisme, une peau mal nourrie offre moins de résistance aux microbes destructifs et pyogènes. Le fait est plus fréquent dans la population pauvre.

L'alimentation peut influer par une action réflexe partie des organes digestifs; les troubles nerveux ou vaso-moteurs de la peau, l'urticaire, sont fréquents dans les excès de régime ou à la suite de l'emploi d'aliments indigestes, excitants. La peau peut être indirectement affectée par l'absorption de produits en décomposition (conserves), par des aliments ou liquides irritants (alcool).

Dans quelques cas la peau est irritée parce qu'elle sert de voie d'élimination à quelques substances, il en est ainsi de l'huile et des essences ou des résines, copahu, cubèbe, térébenthine. Les patients qui ont fréquemment des éruptions érythémateuses et inflammatoires doivent s'abstenir d'épices.

Walter Smith range les maladies cutanées en trois groupes :

Les dermatoses qui sont influencées par ce régime ou se produisent par le fait de l'alimentation, telles certaines formes d'érythème, d'urticaire, de prurit, d'acné rosacée et peut-être d'acné vulgaire.

Les maladies cutanées dans lesquelles ce rapport n'est pas établi. Tels sont les psoriasis, la plupart des cas d'eczéma et d'acné vulgaire. Chez les enfants, on attribue l'eczéma à un excès de sucre dans l'alimentation; mais ce n'est pas démontré.

Il en est de même de l'influence du poisson dans l'étiologie de la lèpre, et des écarts de régime sur la production du furoncle, sans cela, le furoncle serait trois fois plus fréquent en Angleterre qu'en France où l'on mange beaucoup moins de viande que dans le premier pays.

Enfin certaines maladies cutanées sont indépendantes de l'alimentation comme l'herpès, le pemphigue, l'ichthyose, etc.

En conséquence, ont doit exclure dans certaines maladies le café, le thé, les aliments fortement épicés ; il faut se garder de l'excès des viandes salées, de poissons, d'alcool. Il est d'usage de défendre le sel dans les maladies de peau. Cependant Smith, ayant renoncé à cette dernière prohibition, n'a pas vu ces maladies cutanées s'aggraver.

L'alcool par lui-même ne provoque pas de maladie cutanée, mais il détermine des démangeaisons, de la congestion de la peau. Les herpétiques doivent donc être très sobres.

L. JUMON.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 avril. — Présidence de M. A. CORNU.

Les températures animales dans les problèmes de l'évolution. — M. QUINTON. I. La température qui préside aux réactions chimiques de la vie relève de deux facteurs : 1° température du milieu ambiant; 2° pouvoir calorifique propre à l'animal. La température du milieu ambiant est, dans cette matière, d'une importance telle, que les lignes isocrymes ou de plus grand froid se confondent avec les lignes de répartition des espèces sur le globe.

Or, la flore fossile montre que la température sur le globe a été toujours en décroissant; aux époques anciennes, elle était fort élevée. On doit donc se demander dans quelles conditions thermiques s'accomplissait autrefois le phénomène chimique de la vie, et comment il s'est perpétué à travers les époques plus froides qui ont suivi.

II. Les phénomènes chimiques de la vie se sont d'abord manifestés aux plus hautes températures; aux preuves fournies par l'étude de la flore, j'ajouterai la suivante : les invertébrés, les premiers vertébrés n'ont qu'un pouvoir calorifique nul ou très faible. Loin de se révéler par là comme des animaux à température chimique basse, je considère qu'ils confirment, par cette absence, les circonstances de haute température dans lesquelles ils vivaient. Un pouvoir calorifique destiné à élever leur température au-dessus du milieu ambiant leur faisait défaut : aucun besoin n'exigeait la fonction

Des chiffres font foi encore de cette vie aux très hautes températures. Les magnaneries marquent 40°; la tortue supporte l'étuve de 40°; Spallanzani et Sonnerat ont fait vivre, et mieux, se reproduire certains poissons par 40° et 44°; M. Marey cite un gymnote ayant prospéré par 41°; un python incube à 41°5, (Valenciennes) : toutes températures qui seraient, comme on sait, rapidement mortelles pour l'homme.

Ces invertébrés et ces premiers vertébrés ne mènent plus aujourd'hui, en dehors des tropiques, qu'une vie précaire. Ils ne survivent pas aux premiers froids de l'automne ou s'engourdissent; le phénomène chimique de la vie se suspend; les sangs artériel et veineux du reptile hibernant se confondent. Leur survie s'explique par une modification de leur phénomène chimique : tandis qu'au laboratoire, la pepsine du mammifère n'agit sur un aliment qu'aux environs de 38°, la pepsine du reptile agit encore à près de 0°.

III. Les premiers animaux vivaient donc par de hautes températures qu'ils recevaient de leur milieu. Cette température tombant, que devient la vie? Deux hypothèses logiques s'offrent.

A. Ou la vie se continue à la température du milieu ambiant. Dans ce cas, elle modifie la réaction de son phénomène chimique et l'adapte à des températures tombées (animaux à sang froid, pepsine du reptile).

B. Ou elle tend à maintenir artificiellement la température de son phénomène chimique et se crée, dans ce but, une fonction qui engendre de la chaleur. Dans ce cas, la vie

va toutefois subir la loi générale de l'adaptation et abaisser progressivement, dans chaque nouvelle espèce, la température nécessaire à son phénomène chimique.

Ainsi théoriquement : 1° la fonction calorifique tire son origine du refroidissement du globe; elle s'en ordonne donc et *ne croît qu'avec lui*; 2° les températures chimiques, anciennement très élevées, ont toujours décru, soit pour s'équilibrer, soit pour s'adapter au milieu.

Donc, qu'on divise les animaux actuels en deux groupes, l'un d'apparition ancienne, l'autre d'apparition moderne; le groupe ancien, ayant cessé son évolution à des époques encore peu refroidies, n'a acquis théoriquement qu'un pouvoir calorifique faible. Les animaux de ce groupe qui se sont perpétués parmi nous (tels que les monotrèmes, marsupiaux, édentés, amphibies, chiroptères, hibernants) doivent, *a priori*, témoigner d'une grande faiblesse de pouvoir calorifique, *faiblesse proportionnelle à leur antiquité*. La température chimique relevant de deux facteurs (milieu ambiant, pouvoir calorifique), les températures actuelles de ces animaux, fort basses *a priori*, doivent échelonner les espèces selon l'ordre de leur apparition.

L'empirisme concorde avec la théorie. J'emprunte les deux premiers chiffres du tableau qui suit à un travail récent de M. R. Semon; les autres me sont personnels.

Monotrèmes : *Ornithorynque*, 25° par 20° extérieur; *Echidné*, 30° par 19°; Marsupiaux : *Sarigue*, 33° par 20°; Édentés : *Tatou*, 34° par 16°; Hippopotame, 35°,3 par 11°; Myopotame, 35°,5 par 20°; Chiroptères : *Vampire*, 35 5, par 18; Éléphant, 35°,9 par 11°; Hibernants : *Marmotte*, 37°,3 par 20°; *Lama*, 37°,6; Ane, 37,7°; *Chameau*, 37°,9; Cheval, 38°.

Dans le groupe d'apparition moderne, au contraire, l'animal ayant prolongé son évolution dans les âges froids aura acquis progressivement un pouvoir calorifique plus élevé, tendant à maintenir les hautes températures vitales anciennes. Celles-ci ne seront tombées que par adaptation au milieu : dans ce groupe, leur chute mesurera la récence.

C'est ce que confirme le tableau suivant. Certaines de ces températures résultent d'observations uniques; leurs observateurs sont différents; leur valeur absolue est fort restreinte, mais suffit à confirmer l'induction.

Oiseau 42; bœuf 40; lièvre 39,7; porc 39,7; lapin 39,6; mouton 39,5; élan 39,4; chèvre 39,3; chien 39,3; chat, panthère 38,9; écureuil 38,8; rat 38,1; singe 38,1; homme 37,5.

L'indication de ces deux tableaux va dans un sens inverse. Dans le premier, la chute des températures résulte, pour l'animal, de la faiblesse de son pouvoir calorifique, faiblesse proportionnelle à son antiquité; dans le second, de son adaptation au milieu, adaptation proportionnelle à sa récence.

IV. Il résulte de cet empirisme confirmant l'induction : 1° que la vie, dans son évolution, s'ordonne du refroidissement du globe; qu'elle débuta par les températures les plus hautes, qu'elle n'eut pas d'abord pour son milieu chimique d'autre température que celle du milieu ambiant; 2° que, la température tombant, le pouvoir calorifique paraît; son origine s'éclaire; le pouvoir calorifique, fonction du refroidissement, détermine, avec les températures animales, l'ordre d'apparition des espèces; enfin, que la classe mammifère n'est pas uniquement composée d'animaux dits à sang chaud, mais qu'elle comporte tout un groupe qu'on peut véritablement nommer à sang froid.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1896. — Présidence de M. Hervieux

La Correspondance comprend : 1° un travail de M. le Dr Matignon, médecin de la légation de France en Chine, sur le typhus des Européens à Pékin; 2° un pli cacheté adressé par le Dr Paul Portaz, de Pont-de-Beauvoisin; 3° une lettre de M. le Dr Patrick Manson, de Londres, qui se porte candidat au titre de correspondant étranger.

M. Guyon présente, de la part de MM. James Chappuis et Chauvel, une note sur les calculs du rein, les calculs de la vésicule biliaire et les rayons X.

M. Fournier présente de nouvelles photographies par les rayons de Rœntgen dues à MM. Oudin et Barthélemy.

Remèdes secrets — M. Paul Regnard lit sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des remèdes secrets un rapport dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Prix Audiffred. — La commission du prix Audiffred se compose de MM. Straus, Nocard, Grancher, Hérard, Cornil, Lannelongue.

La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — M. L. G. Richelot. La trachéotomie, *chez l'adulte*, est une opération souvent pleine de périls. Trousseau l'avait reconnu, et le souci d'un bon nombre de chirurgiens a été de se prémunir contre tous ces périls, avant tout contre l'hémorragie. Décès (de Reims) préconisa la trachéotomie sous-cricoïdienne. Nélaton réséqua une portion du cricoïde pour placer la canule encore plus loin des gros vaisseaux; d'autres cherchèrent à arrêter le sang par le galvano ou le thermocautère; enfin Krishaber, en 1878, fut amené par le hasard à placer la canule entre les deux cartilages du larynx Vicq d'Azyr avait déjà eu l'idée de cette opération; mais c'est en 1878 que la chirurgie fut réellement dotée de cette précieuse ressource.

La Société de chirurgie s'est prononcée à diverses reprises en faveur de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, substituée à la trachéotomie *chez l'adulte*. Il semble donc qu'elle eût dû être adoptée d'une façon générale. Or, il n'en est rien; c'est toujours de la trachéotomie qu'on parle, c'est elle qu'on pratique à tous les âges. Je trouve donc utile de revenir sur cette question, et de répéter aux praticiens, aux internes de nos hôpitaux, que la trachéotomie chez l'adulte est une opération dangereuse, aléatoire, et que presque toujours la laryngotomie doit lui être préférée.

Seulement, pour la comprendre et la bien faire, il faut oublier les descriptions des auteurs. Aucun organe, aucun vaisseau n'est à craindre; inutile de placer des écarteurs, de disséquer couche par couche, de regarder ce qu'on fait.

Aucun appareil instrumental qu'un bistouri et une canule à bec de Krishaber; aucune installation du malade. Mettez l'ongle de l'index gauche au bord inférieur du thyroïde, sur la ligne médiane; soulevez-le pour agrandir l'espace entre les cartilages, ou, ce qui revient au même, défléchissez légèrement la tête en ramassant l'oreiller sous la nuque; incision d'un centimètre, un coup de pointe à la membrane, et introduction de la canule. Il faut moins d'une minute pour que tout soit fini.

Une canule de 9 à 10 millimètres, qui va toujours bien dans l'espace membraneux, suffit largement à la respiration. Je l'ai vue fonctionner pendant de longs mois. Je l'ai toujours vue facilement tolérée, même chez les tuberculeux et les cancéreux dont les cartilages sont ramollis, fracturés.

Ce qui manque à beaucoup de chirurgiens, c'est d'avoir vu faire l'opération comme elle doit être faite, et d'oser la faire simplement. Presque toujours elle est facile et à la portée de tous; et si parfois la situation est plus délicate, c'est pour faire ressortir encore mieux ses avantages. En voici un exemple :

Je dus faire cette opération d'urgence, le 5 août 1894, chez un sculpteur renommé, qui mourait d'un cancer du larynx. Il avait un cou gros et court, au milieu duquel on ne distinguait rien, ni larynx, ni trachée. Le larynx plongeait dans la poitrine à chaque inspiration, et pendant l'expiration apparaissait seulement au-dessus du sternum; la trachée, à plus forte raison, n'était accessible à aucun moment. Le seul point de repère que je pus saisir au passage fut la saillie du cricoïde. Je fis une courte incision au-dessus d'elle pendant un mouvement ascensionnel du larynx, au mouvement suivant, je piquai la membrane crico thyroïdienne au vol pour ainsi dire; et dans un troisième, j'enfonçai la canule qui fonctionna normalement.

Je ne puis dire que cette opération ait été facile. Néanmoins, elle ne m'a demandé qu'un peu de sang-froid et de précision; comme toujours, la région à traverser était simple, sans organes dangereux. Au contraire, la trachée se dérobait absolument derrière le sternum et les grosses veines; un chirurgien ne sachant pas ouvrir le larynx aurait dû se retirer sans rien faire. Donc, s'il y a des cas où la laryngotomie n'offre pas toute la facilité qui est son mérite ordinaire, dans ces cas-là elle est seule possible, et par suite elle conserve toute sa supériorité.

Je termine en répétant ce que j'ai dit ailleurs : « chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence ». C'est là une vérité à laquelle les médecins n'ont pas fait assez attention, et qu'il me paraît utile de remettre en lumière.

Traitement hydro-minéral des angines et des pseudo-angines de poitrine. — M. de Ranse lit un travail sur le cure de Néris dans le traitement de ces affections.

A 4 heures et demie, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 avril. — Présidence de M. d'Heilly.

Communication interventriculaire. — M. Potain. Une communication interventriculaire congénitale peut être tolérée fort longtemps sans entraîner des troubles bien appréciables. Henri Roger a signalé jadis le fait d'une de ses malades qui, malgré cette anomalie, vécut jusqu'à soixante et quelques années, se maria, eut plusieurs enfants et se porta très convenablement toute sa vie. Néanmoins, les cas de ce genre ne sont pas assez nombreux pour qu'il n'y ait pas intérêt à consigner ceux qu'on a, par hasard, l'occasion d'observer. Je viens d'en rencontrer un chez une femme âgée de cinquante-cinq ans qui, comme celle de Roger, a eu trois enfants, les a nourris et n'avait, jusqu'à ces temps derniers, jamais rien éprouvé du côté du cœur. Aussi n'avait-elle jamais consulté de médecin, en quoi elle fut bien inspirée, car on lui eût certainement interdit le mariage et on eût apporté bien des entraves à sa vie. C'est pour quelques malaises dyspeptiques qu'elle est venue me voir. J'ai constaté, en examinant à tout hasard le cœur, un souffle continu et toujours le même, très fort, très doux, à tonalité très haute, ayant en quelque sorte le caractère d'un frémissement intense avec maximum à la partie interne du troisième espace intercostal, et ne s'accompagnant d'aucune modification de la forme du cœur ou de celle de l'aorte. J'ai donc conclu qu'il s'agissait d'un bruit interventriculaire.

M. Siredey. J'ai soigné un jeune homme de dix-neuf ans qui, presque jusqu'à son entrée dans le service, n'avait présenté aucun trouble circulatoire. C'est tout au plus s'il avait remarqué un peu d'essoufflement quand il marchait un peu vite ou courait. Or, on constatait de la façon la plus nette chez lui les deux signes pathognomoniques du rétrécissement de l'artère pulmonaire, à savoir du frémissement cataire et un souffle asystolique à gauche du sternum, dans le deuxième espace intercostal, c'est-à-dire au point qui correspond précisément à l'infundibulum du ventricule droit et à l'orifice de l'artère pulmonaire. Ce malade mourut subitement.

A l'autopsie nous trouvâmes quelques granulations tuberculeuses sous-pleurales au sommet gauche; un rétrécissement très serré de l'artère pulmonaire, se continuant jusqu'à sa bifurcation; une endocardite aiguë végétante au niveau de l'orifice de cette artère; la persistance du trou de Botal et enfin une communication interventriculaire, en forme de croissant, des dimensions d'un haricot et siégeant à la base du septum.

Le pouls anacrote dans le rétrécissement aortique. — M. H. Huchard. J'ai constaté quatre fois seulement cette forme particulière du pouls, toujours chez de jeunes sujets, et avec une sténose orificielle très serrée. Récemment, j'en ai rencontré un nouvel exemple chez un malade du service de M. Rendu, âgé de 26 ans et atteint d'un rétrécissement aortique des plus nets, dont la cause reste inconnue.

La manière la plus compréhensible de caractériser le pouls anacrote est de dire qu'il est, en même temps, à dicrotisme ascendant et à dicrotisme descendant.

Je n'ai vu mention de ce pouls dans aucun livre de pathologie, mais j'en ai trouvé les caractères inscrits sur certains tracés sphygmographiques du livre de Lorrain paru en 1870. (Le pouls dans les maladies.) Il s'agit, dans ces cas de Lorrain, du pouls de la convalescence et surtout du pouls constaté après la compression de l'aorte chez les femmes en couches.

C'est Landois (de Greifswald) qui a le mieux étudié le pouls anacrote et, après lui, Eichhorst. Il serait favorisé, pour ce dernier, « par la prolongation de l'afflux intra-aortique du sang et par la diminution de l'élasticité du canal artériel ». Landois dit qu'on l'observe fréquemment dans la sténose de l'aorte, parce qu'alors le sang ne peut pénétrer que lentement dans le vaisseau. Cette explication me semble incomplète et même fautive, car alors le fait devrait se constater dans presque tous les cas de rétrécissement aortique. Or, d'après mes observations, le pouls anacrote ne se rencontre au contraire que dans la sténose très serrée de

l'orifice aortique coïncident avec une intégrité presque absolue du système artériel, deux conditions rarement réunies dans une maladie déja rare par elle-même, surtout chez les jeunes gens. Par suite de cette sténose très accusée, la systole ventriculaire se ferait pour ainsi dire en deux temps, ce qui donnerait lieu à un double soulèvement vasculaire, perceptible seulement chez les enfants et les jeunes sujets en raison de la conservation presque complète de l'élasticité et de la contractibilité artérielles.

Telle est l'explication la plus plausible. Elle donne une signification pronostique à l'anacrotisme dans le retrécissement aortique, puisque l'existence de ce phénomène dans cette maladie semble prouver deux choses : un rétrécissement aortique très serré d'une part, et, d'autre part, une intégrité presque absolue du système artériel. La production artificielle de l'anacrotisme à la suite de la compression de l'aorte chez des jeunes accouchées démontre la réalité de l'explication que je propose.

M. Potain. L'anacrotisme, sur lequel M. Huchard vient d'attirer notre attention, se rencontre aussi dans des cas où il n'y a pas de rétrécissement aortique, voire même dans les cas d'insuffisance aortique. On l'observe également chez des sujets qui n'ont aucune lésion orificielle. Aussi doit-on l'attribuer aux artères et non au cœur. Il se passe alors du côté de l'artère ce qui passe du côté du ventricule gauche dans le bruit de galop rénal. La paroi artérielle, trop distendue, ou bien devenue inextensible donne lieu au soulèvement artériel qui caractérise l'anacrotisme.

Maintenant, je ne crois pas qu'il y ait division de la systole, car chaque systole représente une contraction musculaire unique.

M. Huchard. Je partage entièrement l'opinion de mon maître M. Potain et lorsque j'ai dit que la systole paraissait dédoublée j'ai voulu dire qu'il n'y avait là qu'une apparence.

Dans l'insuffisance aortique l'anacrotisme paraît être un fait normal, mais seulement sur les gros vaisseaux. En outre, il ne se montre, sur les traces, qu'au commencement de la ligne d'ascension tandis que, dans le rétrécissement aortique, il apparaît vers la fin de la ligne d'ascension. La disparition de l'anacrotisme par l'accélération des battements du cœur montre bien que le phénomène reconnaît deux causes: la lenteur de la pénétration du sang dans l'aorte et ce que Landois appelle un soulèvement de l'élasticité artérielle.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Session annuelle de 1896

(Suite)

Eruption bulleuse simulant les éruptions bromiques. — M. Du Castel présente une malade, vieille syphilitique. Il y a un mois, elle vit une éruption se développer sur les mains, et, la considérant comme de nature syphilitique, elle prit du sirop de Gibert. Loin de s'atténuer, son affection augmenta. Elle est constituée sur la figure et le cou par une saillie érythémateuse qui devient bulleuse; sur les mains il y a de larges surfaces dénudées, avec soulèvement épidermique. L'auteur pensa d'abord à une éruption bromique, mais la malade n'avait pas absorbé de bromure de potassium. Quant au sirop de Gibert, il ne produit pas en général d'accidents analogues. Faut-il penser à un érythème polymorphe?

M. Hallopeau trouve qu'il y a là tous les caractères de certaines éruptions iodiques.

Dysphagie de la période secondaire de la syphilis. — M. Augagneur. Chez les syphilitiques, la dysphagie se manifeste soit avec des lésions du pharynx, soit sans lésions appréciables. Si on examine au laryngoscope le pharynx, on voit à la partie postérieure de la langue une tuméfaction, tantôt grosse comme une amande, mamelonnée, rouge livide, tantôt recouverte d'un enduit pultacé et sillonnée de fissures. La déglutition s'accompagne d'une douleur au niveau de l'os hyoïde et du plancher de la bouche, répondant au siège de l'amygdale linguale.

Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire. — M. Balzer. Il s'agit d'un enfant de 3 ans et demi qui avait des stigmates de syphilis héréditaire et était soumis au traitement préventif, lorsqu'il fut atteint d'un éruption echthymatoïde. En outre, il y avait chez lui une plaque gangréneuse du voile du palais. On prescrivit de l'iodure de potassium : l'eschare s'élimina et la cicatrisation se fit régulièrement au bout de 42 jours, après l'absorption de hautes doses d'iodure.

Quant à la cause de cette gangrène, elle doit être attribuée à un artérite syphilitique de l'artère palatine postérieure.

3 cas de leucémie avec adénopathies énormes et prurigo intense. — MM. Hallopeau et Prieur. Ces faits présentent surtout de l'intérêt au point de vue des relations que l'on peut invoquer entre le mycosis fongoïde et la leucémie; divers auteurs tendent à croire que le mycosis n'est autre chose qu'une lymphadénie cutanée; les lésions histologiques sont en faveur de cette manière de voir, mais il n'en est pas de même de la clinique; en effet, un des caractères du mycosis est de donner lieu à un prurit intense, aux éruptions du prurigo, or, chez les 3 malades la leucémie et les lymphadénies coïncident avec une éruption prurigineuse intense.

MM. Hallopeau et G. Bureau font une communication sur une dermatite bulleuse congénitale avec cicatrices indélébiles et kystes épidermiques, sa nature tropho névrosique et sa transmission héréditaires pendant plusieurs générations.

Syphilis tertiaire. Cachexie aiguë. Mort. Autopsie. — MM. A. Fournier et Gastou. Voici les pièces provenant d'un syphilitique qui, venu dans le service pour des syphilides tuberculo-squameuses disséminées, fit sous nos yeux du pseudo-rhumatisme infectieux, lequel se localisa surtout à l'articulation sterno-claviculaire gauche. Malgré le traitement (iodure et calomel en injections) survinrent des accidents pulmonaires sans signes cardiaques et le malade mourut au bout de 3 semaines en état de cachexie.

A l'autopsie : épanchements pleural et péritonéal séreux; végétations dures et non friables de la valvule mitrale; lésion du rein droit ayant l'aspect d'un infarctus; lésion grisâtre de la rate, irrégulière et occupant la surface et la profondeur.

Histologiquement, les végétations étaient formées d'un

tissu fibrineux et réticulé, contenant des lacunes vasculaires remplies de globules rouges, de leucocytes, de microcoques et bâtonnets indéterminés ; dans le foie, altérations de sclérose embryonnaire trabéculaire sans néocanalicules. Dans le rein et la rate, inondation sanguine dissociant et comprimant les éléments de l'organe. Nous nous demandons s'il ne s'agit pas là d'une endocardite infectieuse syphilitique qui aurait été la cause des lésions et de la mort.

Gale traitée par le baume du Pérou. — MM. JULLIEN et DESCOULEURS. Dans 300 cas de gale au moins nous avons employé comme traitement le baume du Pérou en badigeonnages suivis de frictions appliquées le soir. Un bain de propreté était donné le lendemain. Le baume du Pérou agit sur les acares comme un poison, la cinnaméine tuant le sarcopte par asphyxie à distance en même temps que par une imbibition qui le ferait éclater.

Le succès de ce traitement a été constant même dans les formes invétérées et graves qui avaient résisté au traitement de Saint-Louis. Aussi nous semble-t-il indiqué chez les sujets à pyodermie étendue : impetigo, atrophie, furoncles ; chez les eczémateux, les affaiblis, les cardiaques, les albuminuriques, certaines femmes gravides ou celles en périodes menstruelles, tous les sujets enfin auxquels les bains ou la frotte sont inapplicables.

Durée de la contagion dans les cas bénins de syphilis. — M. BARTHÉLEMY. M. Fournier nous a fait souvent remarquer la durée anormalement prolongée des accidents secondaires. Dans ces cas, les lésions sont remarquablement bénignes et superficielles : mais cette récidive des accidents résulte de l'absence de traitement et le danger social n'en est que plus considérable. Dans les cas de contagion par ces lésions que j'ai observées, j'ai été frappé de la bénignité des syphilis prises de la sorte. Aussi me suis-je demandé si le temps n'aurait pas atténué les lésions contaminantes.

Desquamations linguales tardives. — M. MOREL-LAVALLÉE. Dans le cours d'une série d'injections de calomel faite pour une syphilide papulo-tuberculeuse plantaire, j'ai vu survenir chez mon malade, syphilitique depuis plus de 10 ans, une glossite desquamative en aires, revêtant l'aspect typique des plaques muqueuses C'étaient des taches ovales carminées, lisses, à grand axe antéro-postérieur, à la surface desquelles le gazon papillaire était absolument rasé, et sans rebord saillant ou coloré. Ces plaques blanchissaient par le nitrate d'argent, donc ce n'était pas de la glossite scléreuse.

Le malade nous raconte alors que depuis qu'il avait été contaminé et qu'il se soignait, il avait souvent remarqué sur la langue de semblables lésions qui avaient évolué et guéri seules en 2 ou 3 semaines.

En 1893 déjà, nous avons signalé une glossite semblable due à l'antipyrine et nous nous rappelons d'ailleurs l'herpès lingual récidivant attribué par M. Fournier au traitement mercuriel; aussi rejetons-nous ici l'hypothèse de plaques muqueuses, d'accidents secondaires tardifs d'ordre contagieux, et regardons-nous comme vraisemblable l'idée d'une desquamation linguale sous l'influence du traitement par les injections mercurielles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1896. — Prés. de M. CH. MONOD

Luxation congénitale de la hanche. — M. KIRMISSON. Je me résumerai en disant que l'opération sanglante ne peut pas être considérée comme une panacée pour la luxation congénitale. Je peux présenter un petit malade atteint de luxation double. Il y a une déformation considérable, et la fonction est excellente. Qu'est-ce que la chirurgie a à faire dans ce cas-là ? Rien, et il faut respecter ces cas heureux et surtout ne pas les aggraver. Il y a dans l'opération un bon moyen, mais il y a une question d'indications et de considérations, et non une généralisation du mode opératoire.

M. QUÉNU. J'ai pu voir une malade avec M. Kirmisson, une malade pour laquelle nous avons conclu à la non-intervention. Dans un fait, je suis intervenu des deux côtés. J'ai fait l'incision de Noffa et suivi ses préceptes, et pendant une heure nous avons en vain essayé de suturer la tête dans la cavité et je dus réséquer la tête. La guérison se fit. Sur le même enfant, de l'autre côté, je désinsérai tous les muscles du quart supérieur de la cuisse et il me fut cependant impossible de réduire la luxation. Les suites furent moins simples, mais l'enfant guérit et le bénéfice a été réel, car l'ensellure a été en partie corrigée.

M. FÉLIZET. On a signalé les procédés qui ont été indiqués pour l'opération de la luxation congénitale. Mais on a laissé sous silence l'anatomie pathologique; c'est qu'elle gêne les opérateurs quand même. M. Kirmisson a dit que c'était une question d'indication et de contre-indication. Nous devrions nous demander ce qu'est une luxation congénitale de la hanche. Le dictionnaire nous dit qu'il y a luxation quand il n'y a plus rapport entre la tête et la cavité. Mais ici il y a difformité de la tête et de la cavité qui quelquefois n'existe pas.

Je veux supposer qu'il existe une luxation non justiciable de l'orthopédie et que l'on opère. Quel sera le résultat? Je ne parle pas de la mort, mais dans les viscères n'a-t-on pas transformé les malformations congénitales en malformations fonctionnelles. Je voudrais voir les succès, ceux que l'on appelle ainsi. Je voudrais voir avant d'agir les résultats que l'on nous annonce, après 6 ou 12 mois d'opération et surtout après avoir constaté quel était l'état avant toute opération. Nous serons alors rassurés et nous pourrons en connaissance de cause opérer, comme on semble nous l'indiquer.

M. BROCA. Nous sommes à peu près d'accord avec M. Kirmisson ; ma communication n'avait d'autre but que de faire la comparaison entre la méthode sanglante et l'orthopédie. J'essaie la méthode de Lorenz et je cherche à m'éclairer, aussi je ne puis, comme semble me le dire M. Félizet, me ranger dans les opérateurs quand même.

Lorsqu'il y a enclave, déformation, et que la fonction est à peu près possible sans trop d'oscillation, je ne suis, non plus, pas partisan de l'opération.

Une méthode orthopédique nous donne-t-elle, chez les petits enfants, un résultat constant ? je ne demande pas mieux que de connaître cette méthode lorsqu'elle sera trouvée.

Trachéotomie et laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — M. RICHELOT fait un rapport sur un mémoire de

M. Gouguenheim. M. Gouguenheim propose d'user du bistouri pour la peau et de la sonde cannelée jusqu'à la trachée. A ce moment il prend le thermocautère, je ne le crois pas utile plus que la sonde cannelée. Ce sont des modifications qui pour M. Richelot ne changent pas le manuel opératoire classique de la trachéotomie.

M. Richelot à cette occasion renouvelle sa communication à l'Académie de médecine que l'on trouvera plus haut.

M. Delorme. Opération sûre, facile, sans amener de troubles consécutifs de la voix, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est beaucoup préférable à la trachéotomie.

M. Pozzi. Depuis que Krishaber est venu nous décrire et défendre la laryngotomie inter crico-thyroïdienne, il y a déjà longtemps, j'ai toujours chez l'adulte choisi comme plus simple, plus rapide, la laryngotomie. J'ajouterai aux précautions que nous a données M. Richelot ce que conseillait Krishaber, la fixation immédiate ou presque immédiate du bord inférieur du cartilage thyroïde avec un petit crochet, qui facilite l'intervention.

Actynomycose de la région massétérine. — Présentation du malade par M. Thiéry.

Tuberculose épididymaire. — Présentation du malade par M. Quénu.

Tumeur du plancher de la bouche. — Présentation du malade par M. Picqué.

F. Verchère.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours a trois places de médecin. Ce Concours sera ouvert le vendredi 22 mai 1896, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 25 avril 1896, et sera clos définitivement le vendredi 8 mai, à trois heures.

Concours a deux places de chirurgien. Ce concours sera ouvert le samedi 30 mai 1896, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le vendredi 1er mai, et sera clos définitivement le vendredi 15 du même mois, à trois heures.

Concours des prix de l'internat en pharmacie. Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le jeudi 28 mai 1896 à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3.

MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures, à 3 heures, du lundi 27 avril au lundi 11 mai inclusivement.

Hôpitaux de Paris. — Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs. (Année 1896).

Hôtel-Dieu : MM. les Drs Cornil, conférences d'anatomie pathologique, mercredi à 9 1/2 (laboratoire). — Conférences de chimie clinique, samedi à 9 h. 1/2 (laboratoire). — Ferrand, conférences de propédeutique et de thérapeutique clinique, jeudi à 10 heures (laboratoire de la Salle Sainte-Anne). — Polaillon, clinique chirurgicale, tous les jours à 9 heures (Salles Saint-Côme et Saint-Marthe).

Pitié : MM. les Drs Albert Robin, clinique thérapeutiques lundi à 9 h. 1/2 (amphitéâtre des cours). — Faisans, maladie, des voies respiratoires, mardi et mercredi à 9 heures (salles Piorry et Lorrain) ; jeudi à 10 heures (Amphithéâtre des cours. — André Petit, maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi à 9 heures (salle Trousseau). — Babinski, maladies du système nerveux, samedi à 10 heures (annexe de la Salle Grisolle). — Thibierge, maladies de la peau et syphilis, vendredi à 10 h. 3/4 (amphithéâtre des cours) ; mercredi, samedi à 8 h. 1/2 (salle des consultations spéciales). — Doléris, déviations et inflammations utérines en rapport avec les accouchements (leçons cliniques), mercredi, samedi à 10 h. 1/2 (dans le service).

Charité : MM. les Drs Gouraud, conférences cliniques (maladies du cœur), mardi et vendredi à 10 heures (au lit des malades). — Moutard-Martin : clinique et examen des malades par les Elèves, tous les jours à 9 heures (au lit des malades).

Saint-Antoine : MM. les Drs Hanot, clinique médicale, jeudi à 10 h. 1/2 (au lit des malades). — Letulle, conférence d'anatomie pathologique pratique, mardi à 10 heures (laboratoire). — Brissaud, maladies de la moelle épinière, jeudi à 10 heures (amphithéâtre). — Ballet, maladies nerveuses et mentales, dimanche à 10 heures (amphithéâtre, semestre d'hiver). — Gaucher, conférences sur les maladies cutanées et syphilitiques, mercredi à 10 heures (salle des consultations spéciales). — A. Siredey, clinique médicale (le vendredi, gynécologie), tous les jours de 9 à 11 heures (au lit des malades). — Monod, clinique chirurgicale, mardi, samedi à 10 h. 1/2 (au lit des malades). — Blum, clinique chirurgicale, mercredi à 10 h. 1/2 (au lit des malades).

Necker : MM. les Drs Rendu, leçons cliniques, jeudi à dix heures (amphithéâtre). — Dieulafoy, leçons cliniques, jeudi à 9 heures (amphithéâtre de la salle Trousseau). Henri Huchard, clinique et thérapeutique, lundi à dix heures (pavillon de la salle Delpech) ; conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi à 9 h. 1/2 (salle Péter) ; leçons de pathologie clinique, mardi à 10 h. 1/2 (amphithéâtre). — Cuffer, leçons cliniques, mercredi, jeudi à 9 h. 1/2 (salle Péter) ; conférences de pharmacologie, samedi à 10 heures (salle Péter). — Routier, leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, mercredi à 9 heures (amphithéâtre), à partir du 1er juin.

Cochin: MM. les Drs Chauffard, conférences de clinique médicale, mercredi à 10 heures (amphithéâtre du service) ; Richardière, leçons cliniques, lundi, mercredi, vendredi à 10 heures (au lit des malades). — Schwartz, conférences de clinique, vendredi à 10 h. 1/2. — Quénu,

ique chirurgicale et opérations, tous les jours à 9 heures lit des malades).

Beaujon : MM les Drs Fernet, conférences cliniques, anche à 9 h. 1/2 (amphithéâtre). — Rigal (suppléé M. le Dr Dalché), conférences cliniques, lundi, merdi, vendredi à 9 heures (au lit des malades). — Troisier, férences cliniques, tous les jours à 9 heures (au lit des lades). — Théophile Anger (Dr Lejars, assistant), clinie chirurgicale, mercredi, vendredi à 9 h. 1/2 (amphiâtre); opérations de gynécologie, mardi, jeudi à 9 heures avillon Dolbeau). — Championnière, Clinique chirurale, mardi à 9 heures (amphithéâtre) ; opérations abdonales, vendredi, à 9 heures (pavillon Dolbeau). — Ribent-Dessaignes, conférences cliniques, tous les jours à . 1/2 (au lit des malades). — Launois, conférences cliques, jeudi à 9 h. 1/2 (salle de la consultation).

Laribo sière : MM. les Drs Duguet, clinique médicale, s les jours à 9 heures (au lit des malales). — Gouguenim, clinique médicale, lundi, mercredi, vendredi, à eures (au lit des malades); maladies du larynx et du nez çons théoriques), dimanche à 9 heures (salle Aran); nsultation des maladies du larynx et du nez, conférences niques, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures (salle du larynx). Landrieux, clinique medicale, samedi à 9 heures (au des malades); consultation externe de gynécologie, jeudi heures (salle de gynécologie). — Dreyfus-Brisac, nférence de pathologie clinique, mercredi à 9 h. 1/4 mphithéâtre). — Taprèt, clinique médicale, tous les jours 9 h. 1/2 (au lit des malades). — Muselier, clinique médicale, tous les jours à 9 heures (au lit des malades). — elens, maladies des yeux, examen opthalmoscopique, s les jours à 9 heures (salle de l'ophthalmologie). — eyrot, clinique chirurgicale, tous les jours à 9 heures (au lit es malades). — Paul Reynier, clinique chirurgicale et gynéologique, tous les jours à 9 heures (au lit des malades). — aygrier, clinique obstétricale, tous les jours à 9 heures u lit des malades.

Tenon ; MM. les Drs Brault, clinique médicale, tous s jours à 9 h. 1/2 (au lit des malades). — Barié, leçons iniques, jeudi à 9 heures (salle Axenfeld). — Hirtz, leons cliniques, mardi, jeudi, samedi (au lit des malades) - Galliard, technique de l'auscultation et de la percusion, jeudi à 9 h. 1/2 (salle Claude-Bernard). — Bourcy, çons cliniques, mardi à 10 h. 1/2 (laboratoire). — Félit, chirurgie infantile, tous les jours. — Bazy, maladies es voies urinaires; consultation externe et examen des alades, mardi, samedi à 9 h. 1/2.

Laënnec : MM. les Drs Landouzy, séméiotique clinique thérapeutique médicale, tous les jours à 9 heures (au lit es malades) ; conférences de séméiotique, jeudi, samedi à heures (amphithéâtre). — Gingeot, clinique médicale, ardi à 9 h. 1/2 (au lit des malades ou à l'amphithéâtre). - Oulmont, conférences de clinique, tous les jours à heures (au lit des malades) ; conférences de séméiotique, endredi à 10 heures (amphithéâtre). — Merklen, conférnces de clinique et séméiotique tous les jours à 9 h. 1/2 u lit des malades) ; leçons cliniques, mercredi à 10 h 1/2 mphithéâtre) ; conférences de bactériologie, lundi à h 1/2 (amphithéâtre). — Nicaise, clinique chirurgicale, s jours et heures seront fixés ultérieurement.

Broussais : MM. les Drs Barth, conférences de séméiotie élémentaire, mercredi, samedi, à 10 heures (Amphithéâtre) ; clinique et thérapeutique, lundi, mardi, jeudi, vendredi, à 10 heures (au lit des malades). — Gilbert, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours à 10 heures (au lit des malades) ; conférences de clinique et de séméiologie chirurgicales, mardi, à 10 heures (amphithéâtre). — Campenon, opérations, lundi, mercredi, vent dredi, clinique, jeudi, samedi (au lit des malades).

Hérold : M. le Dr Gilles de la Tourette, consultation, clinique pour les maladies du système nerveux, mardi, jeudi à 10 heures.

Saint-Louis : MM. les Drs E. Besnier, policlinique, petite chirurgie dermatologique, lupus, acnés, etc., mardi à 9 heures (laboratoire Alibert); affections parasitaires, teignes, traitement des affections du cuir chevelu, mercredi, dimanche (à partir du 19 avril), à 9 heures (laboratoire Alibert) ; consultation clinique externe, vendredi à 9 heures et mardi à 1 heure (38, rue Bichat); leçons cliniques et conférences d'anatomie pathologique (leçons faites par M. le Dr Darier), lundi à 10 heures (salles Alibert et Devergie) et jeudi à 10 heures (laboratoire Alibert), (semestre d'été, à partir du 15 avril). — Hallopeau, dermatologie et syphiligraphie (leçons cliniques), dimanche à 9 heures (salles des conférences du musée, janvier, février et mars 1896); consultation clinique externe, lundi à 9 heures (38, rue Bichat) et jeudi à 1 heure (38, rue Bichat); examen des nouveaux malades, mardi à 9 heures (salles); visite générale, mercredi, vendredi à 9 heures (salles) ; traitement des teignes, samedi à 9 heures (salles). — Tenneson, consultation externe, mardi à 9 heures (38, rue Bichat); conférence sur les nouveaux malades, mercredi à 9 heures (Laboratoire Cazenave) ; opérations dermatologiques, vendredi à 9 heures (laboratoire Cazenave); examen des teigneux, samedi à 9 heures (école des teigneux). — Du Castel, conférences sur la dermatologie et la syphylis, samedi à 2 h. 1/2 (salle des conférences), (à partir de mars) ; traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi à 9 1/2 (laboratoire Biet) ; examen et discussion des nouveaux malades ; policlinique, jeudi à 9 heures (salle Bichat). — Marchand, clinique chirurgicale et opérations, samedi à 10 heures. — Richelot, conférences cliniques, lundi et vendredi à 9 heures; opérations gynécologiques, mardi, jeudi et samedi à 9 heures. — Nélaton, clinique chirurgicale et opérations, mercredi, vendredi à 9 heures. — Bar, examen des malades, tous les jours (salle Paul Dubois).

Ricord : MM. les Drs Mauriac, syphilis et maladies vénériennes (clinique et thérapeutique), samedi à 9 h. 1/2 (à partir d'avril). — Balzer, affections vénériennes, lundi à 9 h. 1/2, (salles), (à partir du 29 mars). — Humbert, clinique chirurgicale et maladies vénériennes, opérations, mardi à 9 h. 1/2, (salle d'opérations).

Broca : MM. les Drs De Beurmann, syphilis et maladies vénériennes, mardi à 10 heures (salle Astruc), (à partir du 15 mars 1896). — Renault, syphiligraphie et dermatologie, jeudi à 10 heures (salle Fracastor), (à partir du 15 avril 1896). — Pozzi, clinique gynécologique, lundi, vendredi 10 heures (amphithéâtre du service), (à partir d'avril 1896).

Enfants-Malades : MM. les Drs Jules Simon, maladies de l'enfance et thérapeutique infantile, mercredi à 9 heures (amphithéâtre); consultation clinique, samedi à 9 heures

(salle de consultation). — Descroizilles, maladies infantiles, vendredi à 9 h. 1/2 (amphithéâtre ou salle Chaumont), la date d'ouverture sera fixée ultérieurement. — D'Heilly, leçons cliniques, mardi (au lit des malades). — Moizard, leçons cliniques, mercredi, samedi (au lit des malades). — Sevestre, leçons cliniques (plus spécialement sur la diphtérie), mardi à 10 heures (amphithéâtre). — De Saint-Germain, traitement des tumeurs vasculaires et des affections articulaires, jeudi à 9 heures (amphithéâtre); la date sera fixée ultérieurement. — Brun, chirurgie infantile et orthopédie, tous les jours à 9 heures (au lit des malades).

Trousseau: MM. les Drs Comby, clinique infantile, mardi, vendredi à 9 heures (salles Blache et Barrier). — Josias, clinique infantile, mercredi, samedi à 9 heures (salles Lugol et Triboulet). — Netter, clinique infantile, lundi, jeudi à 9 heures (salle Bouvier). — Variot, clinique infantile, tous les jours à 10 heures (pavillon Bretonneau). — Lannelongue, maladies chirurgicales des enfants, mercredi (salle Giraldès). — Jalaguier, clinique infantile, tous les jours à 9 heures (salle Legendre).

Enfants assistés : MM. les Dr Hutinel, conférences sur les maladies de l'enfance, jeudi à 4 h. (couloir du bâtiment central) à partir du 5 novembre 1896. — Kirmisson, leçons cliniques sur les difformités congénitales et acquises de la tête et du tronc, lundi, vendredi, 9 h. (couloir du bâtiment central), semestre d'hiver 1896-1897.

Salpêtrière : MM. les Drs Déjerine, maladies du système nerveux, jeudi, 5 heures (salle de la consultation externe), consultation externe-policlinique, mercredi. 9 h. 1/2 (salle de la consultation externe). — Auguste Voisin, maladies mentales et nerveuses, jeudi 10 heures (section Rambuteau), mai, juin, juillet. — Jules Voisin, maladies mentales et nerveuses, jeudi, 10 heures (parloir du service, 5e division, 2e section), de décembre à avril.

La Rochefoucauld : M. le Dr Brocq, conférences cliniques sur la dermatologie (leçons théoriques le mercredi), lundi, mercredi, vendredi, 8 heures (salle de la consultation externe).

Les réformes hospitalières. — Nous donnons ci-dessous la partie la plus importante du rapport présenté le 17 avril au Conseil municipal de Paris par M. le Dr Dubois, au nom de la 5e Commission, sur les réformes hospitalières.

M. Dubois, rapporteur. — Messieurs, chaque fois que des réformes profondes sont apportées dans un système d'institutions depuis longtemps établies, des résistances surgissent: des difficultés se manifestent. Cela tient à deux choses : la première, c'est qu'on heurte des habitudes invétérées ; la seconde, c'est qu'en appliquant un système nouveau, il faut s'attendre à voir manifester des imperfections que peuvent seuls déceler le temps et l'expérience.

Dans les questions d'assistance publique surtout, questions si délicates et si complexes, il est particulièrement difficile de trouver sans encombre une solution parfaite ; et lorsqu'il s'agit de nos hôpitaux parisiens, centre en même temps d'assistance, d'études et d'enseignement, une formule pouvant concilier tous les intérêts, et les confondre, ne peut être que le résultat d'une pratique longue et patiente, dans laquelle chacun apporte une sincérité et une loyauté parfaites.

Les réformes hospitalières décidées par vous, dès le commencement de 1895, répondaient à la nécessité absolue de mettre fin à tous les abus qui, à chaque instant, et depuis longtemps, étaient signalés à la tribune du Conseil municipal, et de rendre enfin à l'hôpital sa véritable destination, d'en faire le refuge sain, généreux et sacré de tous les malades qui ne peuvent trouver ailleurs l'encouragement, la consolation et les soins.

Bien que ces réformes, publiées par le « Bulletin muuicipal » eussent été répandues dans le public par toute la presse, aucune protestation ne s'était produite ; mais dès que, dans le courant d'octobre dernier, c'est-à-dire dix-huit mois après votre délibération, l'application en fut commencée, une agitation des plus vives éclata, dont les auteurs étaient les médecins et les chirurgiens des hôpitaux. Des accidents déplorables, qui étaient, avant l'application du nouveau règlement, d'une banalité douloureuse, furent mis sur le compte des « circonscriptions hospitalières » et peu s'en fallut qu'on ne nous montrât comme les ennemis des malheureux.

Cela suffisait pour que nous réclamions, M. Paul Strauss et votre rapporteur, un débat public, large et complet, où toutes choses seraient mises en pleine lumière, d'où nous retirerions des enseignements sans arrière-pensée ni parti-pris que celui de nous rendre utiles à ceux dont c'est notre devoir d'alléger les souffrances et de soulager la misère.

Vous avez suivi, Messieurs, avec attention ces débats. Tous les orateurs, mus par le sentiment que je viens d'indiquer, ont reconnu l'urgence des réformes importantes, fondamentales, et dans les divers amendements déposés par nos collègues, votre 5e Commission à puisé de sages et utiles appréciations.

Elle a reconnu tout d'abord que le texte du règlement n'était pas, en certaines parties, suffisament explicite ; et qu'il importait notamment de ne laisser planer aucune obscurité sur le droit qu'a le malheureux, droit d'ailleurs invoqué dans des circonstances exceptionnelles, de faire appel à la science et à la sollicitude de ceux qui lui inspirent une confiance particulière.

Le § 2 de l'article 11 disait en effet :

« Les malades ne peuvent être reçus à titre gratuit que dans l'hôpital de leur circonscription, à l'exception : 1° des enfants ; 2° des malades auxquels sont réservés des hôpitaux ou des services spéciaux ; 3° des personnes atteintes d'accidents subits ou de blessures graves hors du territoire de leur circonscription hospitalière ; 4° des malades nécessiteux parisiens adressés par le médecin du traitement à domicile dans des cas spéciaux et exceptionnels. »

L'arrêté du 2 mars 1895 ajoutait :

« Ou demandés par le chef de service lui-même. »

Vous verrez que votre 5e Commission a formulé les exceptions d'une façon plus nette et plus large, donnant ainsi satisfaction aux amendements de MM. Alfred Lamouroux, Paul Brousse et Lerolle.

Cette question si hautement importante et qui intéresse si directement le « malade » étant réglée, nous allons montrer la suite favorable que votre 5e Commission est tout naturellement heureuse de donner à l'amendement de M. Levraud, ainsi formulé :

« L'Administration est invitée à rechercher, avec le plus large esprit de conciliation, un terrain d'entente complète avec le corps médical des hôpitaux, tout en maintenant le principe des décisions prises. »

L'opinion publique, peu éclairée, il faut le dire, sur les questions hospitalières d'ordre si spécial, avait été attirée

ncipalement vers la création des hôpitaux de circons tion. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux lais- nt germer dans l'esprit de la population cette idée que ait une atteinte portée à la liberté des malades. Or, s'il des malades qui consentent volontiers à être traités dans hôpital quel qu'il soit ; s'il en est d'autres qui préfèrent ou tel hôpital ou tel ou tel médecin éloignés de leur nicile, le plus grand nombre, nous pouvons dire 95 sur t, manifestent le plus vif désir d'être soignés le plus près ssible de leurs familles et de leurs amis. C'est ce qui xistait pas avec l'odieux et ridicule Bureau central, con- mné aujourd'hui par tout le monde.

Mais la véritable cause de l'agitation, de tout le bruit ait, en réalité, dans la séparation des deux services hos- aliers, le service externe de la consultation et le service terne. Le corps médical se croyait dépouillé d'une partie son domaine. Le nombre des médecins était augmenté ns chaque hôpital. Il semblait aux anciens chefs qu'ils ne raient plus chez eux ; que l'enseignement de la médecine ubirait de rudes épreuves ; qu'il était cruellement frappé. n mot avait été retenu, juste et légitime en lui-même : l'hôpital appartient aux malades ».

Mais est-ce que, pour cela, les représentants de la ville Paris entendaient sacrifier les intérêts d'une science ns laquelle l'hôpital ne serait rien, et blesser les suscepti- ilités de savants dont s'honore notre pays?

Et c'est pour établir un peu d'ordre dans les malentendus, our mettre chaque chose à sa place, pour rendre nette une ituation rendue confuse, que votre 5e Commission a eu 'honneur de recevoir et d'entendre M. le Prof[r] Terrier, MM. les D[rs] Lucas-Championnière, Monod, chirurgiens des hôpitaux, et M. le Prof[r] Potain. De plus, suivant leur désir, M. le directeur de l'Assistance publique, nos collègues M. le D[r] Levraud et M. André Lefèvre, qui s'était montré l'adversaire énergique des nouveaux règlements, ont pris part aux discussions au sein de la Commission et ont été appelés à émettre leurs avis.

M. le professeur Terrier représente l'opinion des mem- bres de la Société des chirurgiens des hôpitaux.

Il est partisan des circonscriptions hospitalières, qui, toutefois, demandent à être remaniées.

« En ce qui concerne le régime des circonscriptions hos- pitalières, M. le docteur Lucas-Championnière n'a aucune objection à faire. »

Il appelle seulement l'attention sur deux points : « L'ac- cès de malades, sans leur faire justifier de domicile, en ré- servant cette vérification pour les cas d'admission ».

M. le docteur Monod ne fait aucune objection.

Le célèbre et dévoué clinicien n'est pas opposé aux cir- conscriptions hospitalières. Il demande toutefois que les malades auxquels il a déjà donné des soins puissent, sans difficulté, le revoir dans son service si c'est leur désir.

Ainsi donc, le principe de l'institution des circonscrip- tions hospitalières, contre lesquelles surtout les protesta- tions les plus violentes s'étaient élevées, reste intact.

Chacun reconnaît que c'était une création nécessaire dans l'intérêt des malades.

M. le professeur Terrier déclare qu'il est impossible aux chirurgiens de faire leur consultation.

Il accepte la séparation des services, à la condition que le chef du service des salles soit en rapport avec le chirurgien consultant.

M. le docteur Lucas-Championnière déclare que très peu de chirurgiens font leur consultation. Il se soumet à la di- vision des deux services. Mais il demande qu'on donne à chaque service son service annexe de consultation.

L'opinion manifestée devant la 5e Commission par MM. les chirurgiens est que la consultation est de petite impor- tance. M. le prof[r] Potain pense, au contraire, que le service des consultations est beaucoup plus important que celui des salles, ce qui constitue, dans la bouche d'un pareil maître, une accusation grave contre les médecins qui, pour les trois quarts au moins, livraient ce service à des élèves. M. le prof[r] Potain a toujours fait avec le plus grand soin ses consultations. Pour lui, la consultation est une source d'enseignement considérable. Il ne lui apparaît pas qu'une mesure générale puisse être prise. Lorsqu'il s'agit de diviser les services, il serait bon de procéder par espèces.

Nous ne doutons pas que M. le D[r] Potain ne soit satisfait de la décision à laquelle s'est arrêtée la 5e Commis- mission.

En résumé, Messieurs, votre 5e Commission a été d'avis

1° Au point de vue des circonscriptions hospitalières, de les maintenir dans les termes mêmes qu'avaient propo- sés le Conseil de surveillance et l'Administration :

« Art 11 § 1[er] du règlement du service de santé (admis- sion des malades) :

« Chacun des quartiers de Paris et chacune des commu- nes du département de la Seine ayant passé un traité avec l'Administration pour l'hospitalisation de ses malades indi- gents seront rattachés à un hôpital déterminé, conformé- ment aux indications du tableau ci-annexé. »

Toutefois, nous invitons l'Administration à modifier le tableau dont il est parlé, à faire des délimitations plus en rapport avec la population, les besoins et les conditions générales des quartiers et des arrondissements de Paris.

2° Au point de vue de l'admission des malades, d'ajouter au § 2 cité plus haut du règlement :

« Tout malade indigent ou nécessiteux qui désirera for- mellement être soigné par un médecin ou un chirurgien, en dehors de sa circonscription, pourra être admis à la suite d'une demande adressée à M. le directeur de l'Assistance publique soit par lui, soit par le médecin du bureau de bienfaisance qui l'aura examiné, soit par le médecin con- sultant de sa circonscription hospitalière. »

3° Au point de vue des consultations, de maintenir le texte du règlement élaboré par la 5e Commission :

« Art. 14, § 1[er]. — Ce service sera spécial et absolumen distinct du service dans les salles. »

De maintenir également le § 3 du même article :

« Il ne pourra être attaché à chaque hôpital qu'un seul médecin et qu'un seul chirurgien pour le service de la consultation. »

Nous nous en tenons pour cela à la déclaration de M. le professeur Terrier, tout en donnant, ainsi qu'on le verra, satisfaction dans une large mesure à l'opinion de M. Lucas- Championnière qui a apporté des revendications maxima, et qui n'a parlé, d'ailleurs, devant la Commission qu'en son nom personnel.

Cette unité de service fera que les malades seront certains de rencontrer toujours à la consultation le même médecin et le même chirurgien. L'enseignement aussi ne pourra qu'y gagner; ce sera là pour les étudiants en médecine une nou- velle source et une source précieuse d'étude et d'instruc- tion.

D'ajouter au § 1er de l'article 14 le texte suivant :

« Les malades devront se présenter aux consultations de l'hôpital de leur circonscription hospitalière.

« Toutefois, les malades qui se présenteront pour demander un conseil sans réclamer l'hospitalisation pourront exceptionnellement recevoir des consultations dans un hôpital autre que celui de leur circonscription, à la condition qu'ils fassent valoir les motifs que l'administration de l'hôpital aura à justifier cette exception. Tel un ouvrier que ses occupations retiendraient loin de son domicile à l'heure de la consultation; mais les exceptions seront forcément très limitées. »

D'ajouter : « Les médecins et chirurgiens auront la faculté de consulter dans leurs salles leurs anciens malades. »

4° Au point de vue de la répartition des malades dans les salles, de substituer au paragraphe de l'article 11 ainsi conçu :

« La direction de l'hôpital répartira les malades admis à la consultation et les malades admis d'urgence entre les différents services et en proportion des disponibilités de chaque service », le texte suivant :

« La répartition des malades sera faite par le directeur de l'hôpital sur l'indication de chaque chef de service à tour de rôle en ce qui touche son service.

« L'admission d'urgence est prononcée par le directeur sur l'avis de l'interne de garde. »

5° Au point de vue du mode de nomination des médecins et des chirurgiens consultants, de maintenir le § 9 de l'article 11, à l'exclusion de tout autre du même ordre :

« Les consultations seront faites par des médecins et des chirurgiens des hôpitaux spécialement affectés à ce service. Elles auront lieu chaque jour, le dimanche compris, à partir de neuf heures. »

6° De modifier ainsi le paragraphe concernant la nomination des assistants de consultation :

« Les assistants de consultation en titre ou suppléants seront nommés par le directeur de l'Administration sur une liste double de candidats choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

« Cette liste sera dressée pour les assistants de consultation de médecine et de chirurgie par les chefs de service de chaque hôpital. Les assistants devront être choisis parmi les suppléants de consultation. »

Si nous ajoutons que tout médecin ou chirurgien peut, sur la demande qu'il en fait à M. le directeur de l'Assistance publique, créer dans l'hôpital où il exerce une consultation spéciale, vous jugerez que nous avons donné ample satisfaction aux désirs du corps médical hospitalier.

Les bons rapports qui ne manqueront pas de s'établir entre les médecins consultants et les médecins des salles ne pourront qu'être profitables aux intérêts légitimes de l'enseignement.

Avant de terminer ce rapport, nous avons à relater une proposition qui a sa grande valeur et qui est contenue dans l'amendement déposé par M. André Lefèvre :

« Dès qu'un malade est admis, la direction de l'hôpital informe le bureau de bienfaisance de sa résidence afin qu'il soit procédé à une enquête sur sa situation pécuniaire. Si l'enquête établit que sa situation matérielle ne justifie pas son hospitalisation, il sera soumis à une taxe journalière, progressant — suivant un tableau à dresser — avec sa fortune évaluée au moyen des diverses contributions qu'il paie. »

Fermer la porte de l'hôpital à tous ceux qui, dans une position aisée, tenteraient d'exploiter le budget de la misère, a été l'objet de nos préoccupations les plus vives. Nous demandons à l'Administration de mettre à l'étude la proposition de notre collègue et de nous indiquer les moyens qu'elle compte employer contre cette honteuse et criminelle exploitation.

M. Dubois termine en indiquant les modifications qu'il propose de faire subir aux circonscriptions hospitalières. Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, ont été adoptées.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 16 avril 1896, M. Bouvier, médecin-major de première classe au 39e d'artillerie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Distinctions honorifiques. — Le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux internes et externes des hôpitaux dont les noms suivent, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve à l'occasion des maladies épidémiques qu'ils ont eu à soigner :

Médailles d'argent. — MM. Hermary, interne à l'hôpital Trousseau; Jules Ferron, interne à l'hôpital Trousseau Simon Grosjean, interne à l'hôpital maritime de Berck.

Médaille de bronze. — M. Edmond Bigot, externe à l'hôpital des Enfants-Malades.

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 26 mai 1896, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 16 mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1896; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1900.

Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 mai 1896, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves-docteurs de la Faculté, ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 2 mai inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1896; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1899.

Ecole de médecine de Caen. — Par arrêté ministériel, en date du 18 avril 1896, un concours s'ouvrira le 9 novembre 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Un concours s'ouvrira le 9 novembre 1896, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

Collège de France. — M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer par le docteur Suchard.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Comme nous l'avons annoncé, la composition du Conseil de surveillance de l'Assistance publique a été modifiée : dorénavant, un médecin du service des secours à domicile, en exercice, fera partie de ce Conseil.

Cette importante réforme, réclamée depuis longtemps par Société médicale des Bureaux de bienfaisance, sera re- nue par tous les médecins comme une mesure de pure stice, rendue au corps des médecins des Bureaux de bien- sance. Ceux-ci ont l'intention de présenter à l'Adminis- tion, comme candidats à la place de membres du Conseil surveillance, une liste composée de MM. les Drs Gibert, tillon et Le Coin.

M. Potain, représentant les médecins des hôpitaux, et . Lannelongue, représentant la Faculté de médecine de ris, sont nommés membres du Conseil de surveillance l'Assistance publique.

La Société des médecins inspecteurs des écoles a re- uvelé son bureau de la façon suivante : *Président*, . Thominet; *vice-présidents*, MM. Gourrichon et Car- ntier-Mericourt; *secrétaire-général*, M. Paul Richard; *crétaires-annuels*, MM. Jasiewicz et Huguenin; *trésorier*, M. Perrachon.

Médecin sénateur. — M. le Dr Denoix, député de la rdogne, vient d'être élu sénateur du même département.

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Larché, de rmimont, a été élu, dimanche dernier, conseiller général s Vosges.

Legs. — M. le Dr Lafont, député de Bayonne, qui vient mourir, laisse entre autre legs :

A l'hôpital de Bayonne 10,000 francs et ses instruments chirurgie.

Au bureau de bienfaisance 5,000 francs.

A l'asile des vieillards 5,000 francs.

A l'orphelinat 2,500 francs.

A la ville de Bayonne diverses rentes de 250 francs cha- ne, pour des prix aux écoles laïques, pour la caisse de cole laïque, etc.

Les legs Larrey. — Le baron Larrey a légué à l'Acadé- ie des sciences un titre de rente de 850 francs destiné à nder un prix ayant pour objet de récompenser l'auteur du eilleur ouvrage de médecine, de chirurgie ou d'hygiène ilitaire. Ce prix sera désigné sous le nom de prix baron arrey.

Voici la liste complète des dons faits par le baron Larrey ix différents musées, académies et bibliothèques de l'État :

Musée du Louvre.— Portrait du premier consul, peint par érard ; portrait du baron Larrey père, par Girodet; por- ait du baron Larrey fils, par Perrignon; esquisse des *estiférés de Jaffa*, par Gros.

Bibliothèque nationale. — La bibliothèque napoléonienne mplète du baron Larrey, dix-huit manuscrits reliés sur s personnages de la Révolution et du premier Empire, anuscrits du baron Larrey fils de 1830 à 1870.

Académie de médecine. — Portrait du baron Larrey, par ean Gigoux ; divers portraits de médecins civils, livres e médecine, statuettes, bustes, un prix de 500 francs e rentes et un don de 2,000 francs à l'usage de la biblio- èque. (Le prix de 500 francs a été fondé quelques mois vant sa mort).

Faculté de médecine. — Portraits des barons Larrey ère et fils) ; lithographies, livres de médecine et de ciences.

Val-de-Grâce. — Buste en marbre du baron Larrey père t son lit de repos ; bibliothèque médicale et chirurgicale vec les meubles (quatre bibliothèque, portraits du pre- mier consul, des barons Larrey père et fils ; étude de Gérard (peinture), huit tableaux de batailles (peinture), le masque de Napoléon Ier.

Aux Invalides (*Musée d'artillerie*). — Des armes et une robe de chambre en piqué blanc, portée par Napoléon Ier à Sainte Hélène et donnée par le comte Marchand au baron Larrey.

Musée Carnavalet. — Un couteau (franc-maçon) ayant appartenu à Bonaparte, le moulage de la main de l'empereur et divers objets curieux.

Société centrale des naufragés. — Trois tableaux de marine (peinture), trois volumes ; un don de 10,000 francs, pour la constrution d'un canot qui portera le nom de *Baron-Larrey*.

Institut. — Portraits des dix-huit membres de l'Institut d'Egypte ; livres scientifiques, portraits des barons Larrey père et fils.

Société protectrice des animaux. — Cinq tableaux, six volumes.

Les musées de Bagnères-de-Bigorre, de Tarbes, de Toulouse et d'Ajaccio ont également été gratifiés de nombreux dons qui leur seront transmis par Mlle Juliette Dodu, chevalier de la Légion d'honneur, filleule et exécutrice testamentaire du baron Larrey.

Responsabilité médicale. — Nous avons entretenu nos lecteurs, en juillet dernier, du procès intenté à deux chirurgiens de Bruxelles par le mari d'une dame morte au cours d'une opération. La patiente avait accepté de subir un curettage utérin. Les opérateurs, après dilatation du col, se trouvèrent en présence d'un carcinôme utérin : ils décidèrent aussitôt de pratiquer l'hystérectomie totale. Malheureusement l'opérée succomba à une hémorrhagie. Le mari réclama aux deux chirurgiens une somme de 50,000 francs à titre de dommages-intérêts. Débouté de sa demande par le tribunal, il en appela.

Devant la Cour d'appel, il prétendit que les opérateurs avaient à rapporter la preuve qu'ils avaient reçu de lui ou de la défunte l'autorisation spéciale et formelle de faire l'opération pratiquée. Il affirmait de plus que les opérateurs avaient contrevenu aux règles les plus élémentaires de leur art et commis une « faute grossière » en ne « différant » pas l'opération pour des raisons spéciales indiquées par lui.

Accueillant les conclusions de l'avocat chargé des intérêts de nos confrères, la Cour vient de rendre un arrêt très important. Cet arrêt décide en principe, quant à la question d'autorisation, que « si, pour pratiquer une opération dangereuse ou emportant mutilation, l'homme de l'art doit, sauf pour les cas d'urgence exceptionnelle, y être autorisé par le malade, la preuve de cette autorisation, sans devoir être fournie par écrit ou expressément, peut résulter des circonstances mêmes dans lesquelles l'opération a été faite, des agissements du malade ou du caractère même de l'affection dont la personne opérée est atteinte. »

Quant au point de savoir si l'opération pouvait ou devait être différée, la Cour décide que son examen soulève des questions « de pure science médicale » ne relevant que de la compétence des médecins.

Si la seconde partie de l'arrêt, dit une feuille politique bruxelloise, ne fait que confirmer une jurisprudence déjà bien établie, on peut dire que la première met nettement et définitivement hors de contestation un principe au profit

duquel on ne pouvait guère jusqu'ici rapporter que des décisions d'espèces assez sujettes à controverses. En fait, dans le procès auquel son arrêt met fin, la Cour décide que les opérateurs incriminés n'avaient rien à se reprocher.

Hopital Saint-Louis. — COURS CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Le prof[r] Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 24 avril, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le D[r] Bérillon, médecin inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, commencera le mardi 21 avril, à cinq heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.*

Il le continuera les samedis et mardis suivants.

Enseignement élémentaire de la gynécologie et des maladies vénériennes. — MM. les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare feront deux fois par an une série de leçons élémentaires sur la gynécologie, la vénéréologie et la syphiligraphie. Chacune des trois parties du cours comprendra six leçons ; les leçons auront lieu trois fois par semaine : le cours entier durera donc un mois et demi. Le cour d'hiver sera fait par MM. Le Blond, Verchère, Jullien et Ozenne ; le cours d'été par MM. Chéron, Le Pileur, Barthélemy et Feulard.

La date exacte d'ouverture de ces cours sera annoncée ultérieurement.

La **Société de Secours des Amis des Sciences** tiendra sa séance publique annuelle, sous la présidence de M. Joseph Bertrand, membre de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, le jeudi 30 avril, à huit heures et demie du soir, à la Sorbonne.

M. E. BOUTY, professeur à la Faculté des Sciences, fera une conférence sur les *Rayons X.*

Rappelons que la Société des Amis des Sciences, dont le siège social est 79, boulevard Saint-Germain, a été fondée par Thénard en 1857 ; elle a pour but de venir en aide aux savants malheureux ou à leurs familles et comprend des souscripteurs annuels (10 fr.), des souscripteurs perpétuels (200 fr.), des donateurs annuels pour des sommes plus importantes que la cotisation, et enfin cette œuvre reçoit, avec la même reconnaissance, tous les dons aussi minimes qu'ils soient.

La Société de Secours des Amis des Sciences, ayant été reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 15 avril 1858, a qualité pour recevoir les dons et les legs qui lui sont faits même par dispositions testamentaires.

La mortalité à Paris. — Le service de la statistique a compté, pendant la 16[e] semaine (du 12 au 18 avril 1896), 1,019 décès à Paris, au lieu de 988 pendant la dernière semaine et au lieu de 1,105, moyenne ordinaire des semaines d'avril. En outre, 60 individus domiciliés en dehors de Paris sont venus y mourir.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 2 et de 1 pendant les deux dernières semaines et au lieu de la moyenne 10. La rougeole, 17 décès, la diphtérie, 6 décès, présentent des chiffres notablement inférieurs à la moyenne 30 et 26. 5 décès par diphtérie de malades provenant de la banlieue, se sont produits cette semaine dans les hôpitaux de Paris. La scarlatine, 6 décès, et la coqueluche, 5 décès, présentent des chiffres voisins de la normale.

On a attribué 5 décès à l'influenza (l'un d'eux s'est produit dans les hôpitaux de Paris).

On n'a signalé aucun décès par *variole* ou *typhus*. La *diarrhée infantile* (athrepsie, etc..) a causé 28 décès au lieu de 21 pendant la 15[e] semaine (chiffre très inférieur à la moyenne 42).

En outre 43 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 103 décès au lieu de 132 pendant la semaine précédente et au lieu de 174, moyenne ordinaire de la saison ; ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aigüe : 15 décès (au lieu de la moyenne 28) ; bronchite chronique : 18 (au lieu de la moyenne 38) ; broncho-pneumonie : 31 (au lieu de la moyenne 43) ; pneumonie : 39 (au lieu de la moyenne 65) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 52 décès.

La phtisie pulmonaire a causé 205 décès (au lieu de la moyenne 216) ; la méningite tuberculeuse : 32 décès ; la méningite simple : 23 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 22 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral : 78 et les maladies organiques du cœur : 75 ; le cancer a fait périr 52 personnes. Enfin, 39 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 25 suicides dont 8 dans le XI[e] arrondissement et 12 autres morts violentes ;

On a célébré à Paris 455 mariages. On a enregistré la naissance de 1,195 enfants vivants (612 garçons et 583 filles), dont 872 légitimes et 323 illégitimes. Parmi ces derniers, 30 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 358 enfants, dont 14 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 88 seront nourris au sein et 270 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 77 mort-nés dont 54 légitimes et 23 illégitimes.

Nécrologie. — Le D[r] SARDOU, médecin-major de 1[re] classe, officier de la Légion d'honneur, en retraite à Nice, décédé le 28 mars à l'âge de 73 ans. — Le D[r] LUTON (Etienne-Alfred), ancien interne des hôpitaux de Paris (1854), directeur de l'école de médecine de Reims, vient de mourir subitement. Esprit très observateur et très ingénieux, Luton est l'auteur de quelques travaux remarquables ; il a eu en particulier le mérite de bien montrer les excellents résultats donnés par la strychnine dans le traitement de l'alcoolisme. Luton n'avait été que récemment nommé chevalier de la Légion d'honneur. — Le D[r] RANSQUINS, de Montdidier, reçu en 1892. — Le D[r] RAMAKER, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine d'Alger, reçu en 1885. — Le D[r] GOURVAT, trouvé assassiné dans les landes de Bussac, canton de Montlieu (Charente-Inférieure).

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU

Paris — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat